

La souffrance du professionnel de santé confronté à un événement indésirable.

Comment la prendre en compte?

Alexandra Laurent,
Docteur en psychologie clinique et psychopathologie
Maître de conférences en psychologie clinique
Laboratoire de psychologie EA 3188, Université de Franche-Comté.



Événement indésirable/erreur/faute

Erreur: l'échec d'une option prévue ou l'utilisation d'un plan erroné pour atteindre un objectif (*Institute of medicine*)

Événement indésirable: événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes diagnostic, de traitement, de prévention, de réhabilitation. Il est évitable si l'on peut estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue (*Organisation Mondiale de la Santé, OMS*)

Faute: implique que le professionnel a enfreint les procédures ou les normes instaurées pour la sécurité des patients et, à ce titre, constitue une négligence (*Institute of medicine*)

La faute au sens juridique implique la mise en cause de la responsabilité du professionnel de santé lorsque celui-ci n'a pas respecté les règles de l'art.

Etat des lieux

- La reconnaissance de ses propres erreurs reste difficile pour de nombreux soignants

Sahel, 2001 ; Volpp, 2003

- Difficulté à aborder les erreurs dans les staffs et RMM

Wu, 2000; White, 2005

- Les professionnels ne savent pas où chercher de soutien suite à une erreur

Gallagher et al, 2003

- 1/3 des patients victimes d'erreurs ont eu une explication de l'événement

Blendon et al, 2002

Les freins à la révélation

1- Culture de l'infailibilité et culture punitive

Role-Modeling and Medical Error Disclosure: A National Survey of Trainees

William Martinez, MD, MS, Gerald B. Hickson, MD, Bonnie M. Miller, MD, David J. Doukas, MD, John D. Buckley, MD, MPH, John Song, MD, MPH, MAT, Niraj L. Sehgal, MD, MPH, Jennifer Deitz, MA, Clarence H. Braddock, MD, MPH, and Lisa Soleymani Lehmann, MD, PhD, MSc

Abstract

Purpose

To measure trainees' exposure to negative and positive role-modeling for responding to medical errors and to examine the association between that exposure and trainees' attitudes and behaviors regarding error disclosure.

Method

Between May 2011 and June 2012, 435 residents at two large academic medical centers and 1,187 medical students from seven U.S. medical schools received anonymous, electronic questionnaires. The questionnaire asked respondents about (1) experiences with errors, (2) training for responding to errors, (3) behaviors related to error disclosure,

(4) exposure to role-modeling for responding to errors, and (5) attitudes regarding disclosure. Using multivariate regression, the authors analyzed whether frequency of exposure to negative and positive role-modeling independently predicted two primary outcomes: (1) attitudes regarding disclosure and (2) nontransparent behavior in response to a harmful error.

Results

The response rate was 55% (884/1,622). Training on how to respond to errors had the largest independent, positive effect on attitudes (standardized effect estimate, 0.32, $P < .001$); negative role-modeling had the largest independent,

negative effect (standardized effect estimate, -0.26 , $P < .001$). Positive role-modeling had a positive effect on attitudes (standardized effect estimate, 0.26, $P < .001$). Exposure to negative role-modeling was independently associated with an increased likelihood of trainees' nontransparent behavior in response to an error (OR 1.37, 95% CI 1.15–1.64; $P < .001$).

Conclusions

Exposure to role-modeling predicts trainees' attitudes and behavior regarding the disclosure of harmful errors. Negative role models may be a significant impediment to disclosure among trainees.

2- Peur du jugement et manque de soutien

- Crainte d'être jugé
- Isolement
- Manque de soutien
- Souhait d'être mieux accompagné dans les suites de l'erreur
- Internes: besoin d'un soutien plus important de la part des seniors et/ou de l'institution

(Rhodes-Kropf, 2005; Gazoni, 2008)

3- Peur des poursuites judiciaires et méconnaissance des attentes des patients

Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors

Table 2. Comparison of Patient and Physician Attitudes About Medical Error Disclosure

Focus Group Themes	Patients' Attitudes	Physicians' Attitudes
Definition of error	Broad; includes deviations from standard of care, some nonpreventable adverse events, poor service quality, and deficient interpersonal skills of practitioners	Narrow; deviations from accepted standard of care only
What errors to disclose	All errors that cause harm	Errors that cause harm, except when harm is trivial, patient cannot understand error, or patient does not want to know about error
Disclose near misses?	Mixed	No
What information to disclose about error	Tell everything	Choose words carefully
How to disclose error	Truthfully and compassionately	Truthfully, objectively, professionally
Role of apology	Desirable	Concerned that apology creates a legal liability
Emotional impact of error	Upset, angry, scared	Upset that patient was harmed and about how error could impact career

Gallagher et al, 2003

4- Peur d'être confronté à l'annonce

- Relation médecin-patient se trouve modifiée.
 - Indignation
 - Incompréhension
 - Colère
 - Inquiétudes
 - Demandes d'explications

5- La charge émotionnelle

Error in Intensive Care: Psychological Repercussions and Defense Mechanisms Among Health Professionals

Alexandra Laurent, PhD¹; Laurence Aubert, MSc¹; Khadija Chahraoui, PhD²; Antoine Bioy, PhD²; André Mariage, PhD¹; Jean-Pierre Quenot, MD, PhD³; Gilles Capellier, MD, PhD^{1,4,5}

Objective: To identify the psychological repercussions of an error on professionals in intensive care and to understand their evolution. To identify the psychological defense mechanisms used by professionals to cope with error.

Design: Qualitative study with clinical interviews. We transcribed recordings and analysed the data using an interpretative phenomenological analysis.

Setting: Two ICUs in the teaching hospitals of Besançon and Dijon (France).

Subjects: Fourteen professionals in intensive care (20 physicians and 20 nurses).

Interventions: None.

Measurements and Main Results: We conducted 40 individual semistructured interviews. The participants were invited to speak about the experience of error in ICU. The interviews were transcribed and analyzed thematically by three experts. In the month following the error, the professionals described feelings of guilt (53.8%) and shame (42.5%). These feelings were associated with anxiety states with rumination (37.5%) and fear for the patient (23%); a loss of confidence (32.5%); an inability to verbalize one's error (22.5%);

questioning oneself at a professional level (20%); and anger toward the team (15%). In the long term, the error remains fixed in memory for many of the subjects (80%); on one hand, for 72.5%, it was associated with an increase in vigilance and verifications in their professional practice, and on the other hand, for three professionals, it was associated with a loss of confidence. Finally, three professionals felt guilt which still persisted at the time of the interview. We also observed different defense mechanisms implemented by the professional to fight against the emotional load inherent in the error: verbalization (70%), developing skills and knowledge (43%), rejecting responsibility (32.5%), and avoidance (23%). We also observed a minimization (60%) of the error during the interviews.

Conclusions: It is important to take into account the psychological experience of error and the defense mechanisms developed following an error because they appear to determine the professional's capacity to acknowledge and disclose his/her error and to learn from it. (*Crit Care Med* 2014; XX:00–00)

Key Words: defense mechanisms; error; guilt; healthcare professionals; intensive care units; shame

Vécu de l'erreur

Vécu psychologique de l'erreur (dans le mois qui suit l'erreur)	Nbre de sujets n=40
Culpabilité	21
Honte	17
Etats anxieux	
- Rumination	15
- Peur et inquiétude pour le patient	8
Perte de confiance	13
Absence de verbalisation	9
Remise en question professionnelle	8
Colère	6

Culpabilité

Sentiment de faute envers l'autre Culpabilité envers l'équipe

« J'ai fait le geste qui a conduit à l'erreur »

« J'aurais dû faire attention »

« J'aurais dû vérifier »

« Je culpabilise tu vois euh voilà quoi, t'es humain et parce que sinon voilà ...»

« ... Je l'ai dit, je l'ai tout de suite dit, fait remarquer, ils ont vu que j'avais peur, donc une conscience, je pense, professionnelle... »

Culpabilité à long terme

Culpabilité « pour » le patient

Culpabilité et responsabilité

Alimentée par la mort du patient

« Je l'ai tué »

« Il est mort à cause de moi »

« On a clairement l'impression d'avoir fait perdre la chance au patient »

Honte

Peur du jugement de l'autre

« On a honte aussi, enfin on se trouve mauvais quoi... on a mal fait son métier »

« La peur de se voir reprocher une chose, la solitude, j'étais très très seul »

« Dire j'ai fait une erreur, c'était dire je suis inapte, il faut que je change d'orientation »



Verbalisation de l'erreur

Stratégies de verbalisation	Nbre de sujets n=40
Verbalisation	
- intraprofessionnelle	25
- extraprofessionnelle	3
- au patient ou à la famille	1
Dé dramatisation	24
Rationalisation	17
Développer des compétences et connaissances	13
Rejet de la responsabilité	13

Stratégies de verbalisation «actives »

Confrontation à l'erreur

Verbalisation « abréactive »

*« c'est assez libérateur finalement d'en parler. Quand on commence à parler de ses erreurs les autres souvent aussi en parlent. Ça fait du bien, ça libère la parole... »
infirmier*

Recherche de connaissances et de compétences supplémentaires, RMM

« ...on arrive aussi à faire...à accepter ça parce qu'on sait que derrière on va...on va toujours reprendre et analyser ce qu'on a fait, pour pas que ça se reproduise... » Interne

Stratégies de verbalisation « passives »

Mise à distance de l'erreur

Rejet de la responsabilité

«mais j'étais pas tout seul, y'a des chefs qui étaient, qui étaient là, qui ont vu la prescription, qui y ont pas pensé non plus donc on se dit ben voilà je suis pas le seul responsable » interne

Dédramatisation et rationalisation

« C'était pas quelque chose de dramatique quoi, c'était pas...comme passer du potassium » infirmier
« Il est mort...ça fait parti du risque en réanimation ...c'est arrivé à tout le monde. Je suis pas le seul, je suis pas le premier... » médecin

Une révélation?

DES REVELATIONS



L'auto-révélation

- **Pourquoi?**
 - Rentrer dans un processus de révélation
 - Reconnaître l'impact émotionnel
- **Comment?**
 - « Role model » positif
 - Débriefing

Révélation dans le service

- **Pourquoi?**
 - Apprentissage/sécurité des soins
 - Sortir de l'isolement
 - Surmonter l'impact émotionnel
- **Comment?**
 - Just culture (Marx, 2011)
 - Revues Morbi-Mortalité

(1) Recommendations for senior staff members:

- (a) A severe medical error is an emergency and must be treated as such (by being given absolute priority). It can have a severe emotional impact for the team involved.
- (b) Confidence between the senior staff and the involved professional, as well as empathic leadership, is an important prerequisite for the work-up of that situation.
- (c) Involved professionals need a professional and objective discussion with, as well as emotional support from, peers in their department.
- (d) Seniors should offer support for the disclosing conversation with the patient and/or the relatives and for further clinical work in cases wherein involved professionals might feel insecure in their daily work.
- (e) A professional work-up of that case based on facts is important for analysis and learning out of medical error.

(2) Recommendations for colleagues:

- (a) Be aware that such an adverse event could happen to you.
- (b) Offer time to discuss the case with your colleague. Listen to what your colleague wants to tell and support him/her with your professional expertise.
- (c) Address any culture of blame either directly from within the team or by any other colleagues.
- (d) Take care of your colleague and be mindful of any feelings of isolation or withdrawal he or she may be experiencing.

(3) Recommendations for healthcare professionals directly involved in an adverse event:

- (a) Do not suppress any feelings of emotion you may encounter after your involvement in a medical error.

Révélation au patient/à la famille

- **Pourquoi?**
 - Enjeux économiques
 - Obligation morale et juridique
 - Qualité de la relation patient-soignant
- **Comment?**
 - Soutien/accompagnement du professionnel
 - Guides/protocoles (?)
 - Formation

Les 3 temps de l'annonce

1 Préparer le rendez-vous d'annonce

- Quels sont les faits dont on est sûr ?
- Qui assistera au RDV ?
- Quand et où se tiendra le RDV ?
- Quels sont les besoins prévisibles du patient ?

2 Réaliser l'annonce

- Reconnaître le dommage
- Communiquer sur des faits connus et sûrs
- Exprimer des regrets voire des excuses
- Décider du plan de soins en concertation avec le patient
- Répondre aux besoins du patient
- Proposer un référent
- Tracer l'annonce dans le dossier médical
- Débriefing en équipe ou participer à des démarches collectives d'analyse des pratiques

3 Suivre l'annonce

- Informer le patient des nouveaux éléments connus
- Exprimer de nouveau des regrets voire des excuses en cas d'erreur avérée
- Mettre en œuvre les offres de soins et de soutien proposées
- Organiser avec le patient les soins d'aval
- Tracer les rendez-vous de suivi dans le dossier médical

La relation avec le patient

» Quelques repères

» **Répondre**
aux attentes et aux
besoins légitimes
des patients

» **Rassurer
et accompagner**
les professionnels
de santé



Maintenir confiance et dialogue

Le processus de révélation de l'erreur:

**Un bouleversement
épistémologique au sein de la
formation médicale et infirmier**